

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ БАЗИС АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Гринь Е.В., Гринь В.Г.

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава, Украина

Для корреспонденции: Гринь Екатерина Викторовна — Украинская медицинская стоматологическая академия. Украина, г. Полтава, ул. Шевченко, 23, 36011. +380(66)8126498 ekaterina.grin83@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-8759-3560>

Наличие и степень выраженности аффективных расстройств во многом зависит от морфо-функционального состояния головного мозга. Подавляющее количество людей, перенесших черепно-мозговые травмы (ЧМТ) страдают аффективными расстройствами различной интенсивности [1]. По данным современных исследователей, у лиц молодого и среднего возраста ЧМТ занимает первое место среди причин смертности, опережая опухолевые и сосудистые заболевания. 30-90% лиц, перенесших ЧМТ в виде сотрясения или ушиба головного мозга легкой и средней степени тяжести, страдают от травматической болезни головного мозга и нуждаются в длительном нейрореабилитационном процессе [2].

Известно, что патогенез нейрональных и структурно-функциональных изменений в головном мозге в результате черепно-мозговой травмы связан с механическим фактором. Под влиянием травмы гидродинамические силы и ликворная волна оказывают влияние на лимбико-гипоталамо-ретикулярную область [3], что приводит к различным нейрогуморальным обменно-эндокринным, вегетососудистым расстройствам. Поэтому больные после травмы в течение длительного времени отмечают различной степени выраженности общемозговые симптомы, симптомы мозговой дисфункции, интеллектуально-мнестические нарушения, изменения в психоэмоциональной сфере, проявляющиеся широким спектром волевых и эмоциональных расстройств в рамках неврастенического и психопатоподобного синдромов.

В процессе травмы происходит нарушение как оксигенации, так и перфузии мозга. Эти нарушения могут быть глобальными, охватывающими весь мозг, и локальными — в зоне внутримозговой или субдуральной гематомы, контузионного очага. При непосредственном повреждении нейронов в момент травмы происходит массивный выход ионов и нейротрансмиттеров в экстрацеллюлярное пространство, но одновременно запускаются и компенсаторные процессы, направленные на восстановление ионного и нейротрансмиттерного баланса. Происходит чрезмерное поступление ионов кальция в клетку с последующим отеком органелл и мембран,

некроза или апоптоза, которые приводят к гибели нервных клеток. Все это приводит к тому, что перенесенная ЧМТ, даже при легкой ее степени, далеко не всегда проходит бесследно и те или иные последствия травмы могут проявляться как во время острого периода, так и впервые через много лет после перенесенной ЧМТ [4].

Необходимо отметить, что последствия ЧМТ отличаются клиническим полиморфизмом, в основе которого лежат многокомпонентные патогенетические механизмы, со временем прогрессирующие и приводящие к повреждению отдаленных от очага поражения структур. Процесс может длиться от нескольких месяцев до нескольких лет и сопровождаться появлением новых неврологических и нейропсихологических симптомов, в том числе когнитивных и аффективных расстройств.

Современные подходы нейрореабилитации к восстановлению пациентов с последствиями черепно-мозговой травмы способны оптимизировать функции адаптации нервной системы для достижения максимального реабилитационного результата.

Целью исследования было установление зависимости между вариабельностью и интенсивностью аффективных расстройств от морфо-функционального состояния головного мозга после перенесенной черепно-мозговой травмы.

Материалы и методы. После получения добровольного информированного согласия были обследованы 55 пациентов в возрасте от 21 года до 60 лет. Все обследованные пациенты перенесли ЧМТ, вследствие которой страдали психическими расстройствами непсихотического характера и проходили реабилитационные мероприятия в одном из отделений Коммунального предприятия «Областное учреждение для оказания психиатрической помощи Полтавской областной администрации» с 2014 по 2016 гг. Всем пациентам проводилось комплексное клиническое обследование, ЭЭГ, Эхо-Эг, КТ головного мозга и другие исследования, осмотры специалистов. Пациенты проходили курс психотерапии, медикаментозное лечение, комплекс реабилитационных мероприятий (психотерапия, двигательная реабилитация для активации и восстановления нервно-мышечного функционирования, физиотерапевтические процедуры, эрготерапия).

Результаты и выводы. Результаты проведенных исследований показывают, что выраженность психических расстройств напрямую зависит от морфо-функционального состояния головного мозга, то есть степень интенсивности психических нарушений отягощается наличием органического поражения центральной нервной системы (черепно-мозговой травмы). Психические нарушения, а именно аффективные расстройства, являются неотъемлемой частью клинической картины последствий черепно-мозговых травм. Пациенты с психическими расстройствами, обусловленными повреждением головного мозга (вследствие черепно-мозговой травмы) должны в обязательном порядке получать комплексную психотропную, сосудистую терапию, а также проходить комплекс реабилитационных мероприятий, направленных на устранение нейродегенеративных последствий перенесенной травмы.

Изучение терапевтических и реабилитационных стратегий психических расстройств, обусловленных повреждением головного мозга (вследствие черепно-моз-

говой травмы), является перспективным направлением современной теоретической, практической и реабилитационной медицины, поскольку удельный вес пациентов с данной патологией стремительно растет, а своевременное назначение адекватной специфической терапии, использование комплекса реабилитационных мероприятий, дает возможность предупредить серьезные, и даже трагические для жизни людей последствия.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, морфо-функциональное состояние головного мозга, реабилитация.

Литература

1. Захаров В.В., Дроздова Е.А. Когнитивные нарушения у больных с черепно-мозговой травмой. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013;4:88-93.
2. Григорова І., Куфтеріна Н. Динаміка когнітивних змін у хворих із наслідками закритої черепно-мозкової травми. Международный неврологический журнал. 2012;3(49):145-149.
3. Гринь В. Лімбічна система. Ретикулярна формація. Ядра стріопалідарної системи. Вісник проблем біології і медицини. 2016;4,1(133):17-20.
4. Коршняк В., Гоженко А., Насибуллин Б. и др. Нейрофизиологическое обоснование некоторой неврологической симптоматики острого периода черепно-мозговой травмы, обусловленной действием взрывной волны. J. Education, Health and Sport. 2016;6(3):140-147.